

Urbanisme et réduction des inégalités sociales de santé : les diagnostics locaux de santé

Stéphane Rican,
maître de conférences,
Ladyss, UMR 7533,
université Paris Ouest
Nanterre La Défense,
Zoé Vaillant,
maître de conférences,
géographe de la santé,
Ladyss, université Paris Ouest
Nanterre La Défense.

Bien que les conditions d'hygiène et la lutte contre l'insalubrité aient constitué un puissant moteur de l'aménagement et de la planification des villes au cours du XIX^e siècle, le lien entre état de santé et aménagement urbain n'est réinvesti scientifiquement que récemment. Ainsi, au cours du XIX^e et du début du XX^e siècle, dans les pays industrialisés, alors que le tableau sanitaire était largement dominé par les maladies infectieuses et parasitaires (épidémies de choléra, tuberculose, etc.), une approche hygiéniste de l'urbanisme (aération, grandes percées...)

a contribué à la réorganisation des villes, se traduisant notamment par d'importantes sectorisations fonctionnelles (zones d'habitat, de chalandise ou d'activités séparées). Celles-ci sont aujourd'hui décriées [1]. Les préoccupations de santé publique sont en effet tout autres, marquées par la place importante des affections chroniques et dégénératives : surpoids, obésité, hypertension, diabète, affections respiratoires chroniques, cancers, mal-être... sur fond de maintien, voire de renforcement des inégalités sociales qui les accompagnent.

Tandis que les caractéristiques biologiques et les comportements dits individuels (pratiques alimentaires, alcoolisme, tabagisme, attitudes face aux soins, etc.) ont longtemps focalisé l'attention des chercheurs, on redécouvre progressivement que le cadre de vie dans lequel évoluent les individus constitue, pour une part non négligeable, un déterminant des états de santé et des inégalités sociales de santé [2]. Façonné par les aménagements urbains, il module la qualité de l'habitat, l'accès aux services et aux aménités urbaines (ensemble des ressources qui contribuent au caractère agréable et attractif d'un quartier), les modalités de déplacement, l'exposition aux nuisances urbaines ou l'organisation du tissu social. Les relations mises en évidence permettent de souligner que les liens entre le cadre de vie et l'état de santé peuvent à la fois être directs – aménagement des modalités de déplacement permettant d'améliorer la sécurité routière ou de réduire les émissions polluantes par exemple – ou

indirects – implantation d'espaces récréatifs permettant de promouvoir les pratiques d'activité physique ou d'influencer les opportunités de rencontres dans un quartier [3].

Le cumul de désavantages est loin d'être systématique

Les mécanismes de ségrégation socio-résidentielles se traduisent ainsi par des situations de cumul de désavantages : les quartiers concentrant les populations socialement défavorisées sont, plus fréquemment que d'autres, associés à un environnement bâti plus dégradé, des difficultés d'accès aux services, une exposition aux nuisances urbaines plus importante, des infrastructures de transport moins développées. L'amélioration de ce cadre de vie pourrait ainsi constituer un levier pour la réduction des inégalités sociales de santé [4]. Les démarches d'aménagement actuelles participent de ce mouvement, en mettant notamment l'accent sur la diversité des lieux et des activités, une mixité sociale et générationnelle, des moyens de transport diversifiés, le développement tant des circuits courts que des espaces verts et récréatifs.

Les travaux menés sur les liens entre les niveaux d'exposition à la pollution atmosphérique et la localisation des populations aux situations sociales désavantagées dans quatre villes françaises [5] – ou entre la proximité des sites industriels polluants et les situations de désavantage social – ont toutefois montré que les cumuls de désavantages sont loin d'être systématiques. Les situations observées

L'ESSENTIEL

- **L'urbanisme, les équipements collectifs, les transports sont des déterminants de la santé des habitants trop souvent minorés.**
- **Ils constituent pourtant des leviers d'action pour lutter contre les inégalités sociales de santé, d'autant plus que les quartiers les moins favorisés cumulent les désavantages.**
- **La réalisation systématique de diagnostics locaux de santé, associant les représentants des collectivités locales, les décideurs et les habitants, doit être favorisée afin de mieux ajuster les politiques publiques.**

renvoient davantage à la grande variété des dynamiques industrielles et sociales régionales ainsi qu'aux modalités très différenciées de l'organisation de l'espace urbain sur le territoire français [6].

Engagement et mobilisation transforment le gradient social

Les travaux menés sur l'accès aux dépistages des cancers en Île-de-France [7, 8] ont permis également de montrer une très grande variété de situations sanitaires urbaines, issues de combinaisons multiples de déterminants associés à la santé. De fait, certains quartiers sont dans une telle synergie d'enclavements multiples (morphologiques, sociaux, faible accès aux soins et absence de dynamique d'acteurs), que les solutions à apporter doivent mobiliser tous les leviers de la politique de la ville et de l'aménagement urbain (modification des plans de déplacement urbain, rénovation urbaine, mise en place d'actions de prévention, etc.) [9]. Parallèlement à ces situations extrêmes, de très nombreuses situations intermédiaires se détachent cependant, où les caractéristiques socio-économiques des habitants et les difficultés d'accès aux services ne sauraient, à elles seules, expliquer les différenciations observées. L'engagement des élus et des acteurs locaux, la capacité à mobiliser les habitants peuvent faire la différence [10]. Par ailleurs, les grands programmes de rénovation urbaine, en raison du maillage d'acteurs qu'ils impliquent, peuvent avoir des retombées sanitaires positives [11], même si celles-ci dépendent des modalités de mise en place ou de l'histoire locale [12]. Enfin, la focalisation de l'action publique sur les zones prioritaires de la politique de la ville semble s'accompagner de la création de nouvelles inégalités, au détriment des quartiers de classes moyennes en cours de paupérisation [11, 13].

Tenir compte des spécificités locales

Ces différentes observations permettent de souligner les difficultés et les enjeux autour de l'évaluation des effets sanitaires attendus d'une action d'aménagement urbain, notamment en termes d'inégalités sociales de santé.

Une revue internationale de la littérature portant sur le rôle de l'environnement alimentaire dans les inégalités

sociales en matière d'alimentation [14] aboutit à répertorier les nombreux filtres sociaux et territoriaux qui s'interposent entre les caractéristiques d'un aménagement urbain et sa traduction sur la santé des populations : le système d'action local ; les réseaux de relations sociales, qui se mettent en place dans le quartier ; les modes de cohabitation ; les constructions identitaires ; les normes locales, qui s'ancrent dans l'histoire du quartier et la dynamique inhérente à celui-ci participent aux constructions de la santé dans le secteur concerné.

De même, les formes d'appropriation et d'investissement dans un quartier varient d'un groupe social à l'autre, d'un individu à l'autre. L'aménagement d'un quartier est également à envisager au prisme des dynamiques plus globales d'une ville, l'introduction de nouvelles infrastructures ne bénéficiant pas toujours aux plus démunis. Il s'agit

de replacer les opérations d'aménagement urbain dans l'ensemble de ces mécanismes sociaux et territoriaux.

Les réponses à apporter ne peuvent donc pas être les mêmes partout. La mise en place de diagnostics locaux de santé ou d'instances locales d'observation pérenne (au niveau de quartiers, de communes ou de communautés de communes) apporte une meilleure identification des leviers à actionner. Ils s'appuient sur des partenariats entre collectivités locales, décideurs, habitants et scientifiques.. Les questions de santé sont alors inscrites dans le territoire et en particulier dans les projets de développement locaux. ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Roué-Le Gall A., Le Gall J., Potelon J.-L., Cuzin Y. *Guide - Agir pour un urbanisme favorable à la santé. Concepts & Outils*. Guide EHESP/DGS, 2014 : 192 p.
- [2] Kawachi I., Berkman L.-F. dir. *Neighborhoods and Health*. New York : Oxford University Press, 2003 : 352 p.
- [3] Barton H. *Land Use Planning and Health and Well-Being*. Land Use Policy, 26S, 2000 : S115-S123.
- [4] Barton H., Tsourou C. *Urbanisme et Santé. Un guide de l'OMS pour un urbanisme centré sur les habitants*. Rennes : S2D, 2004 : 178 p.
- [5] Padilla C.M., Kihal-Talantikite W., Vieira V.M., Rosselo P., Le Nir G., Zmirou-Navier D., et al. Air Quality and Social Deprivation in Four French Metropolitan Areas – A Localized Spatiotemporal Environmental Inequality Analysis. *Environmental Research*, 2014, vol. 134 : p. 315-324.
- [6] Caudeville J., Rican S. Étude de l'inégalité socio-environnementale en France : associations spatiales entre désavantage social des populations et proximité à un site potentiellement dangereux. *Environnement, Risques et Santé* (à paraître).
- [7] <http://villesetsante.com>
- [8] Viot M., Vaillant Z., Harel L., Rican S., Boulland Dauchez M., Baron M., et al. Transfert de connaissances pour réduire les inégalités infra-communales d'accès au dépistage du cancer

du sein. *Santé publique*, 2015, vol. 27, n° 3 : p. 321-330. En ligne : www.cairn.info/revue-sante-publique-2015-3-page-321.htm

[9] Squiban C., Samassa M. *Les Disparités de recours au dépistage organisé du cancer du sein à Trappes (Yvelines)*. Université Paris Ouest Nanterre La Défense, 2013 : 101 p.

[10] Jangal C., Chali J.-M., Basse P. *Inégalités infra-urbaines de participation au dépistage du cancer du sein. Analyse dans une commune du Val-d'Oise : Gonesse*. Université Paris Ouest Nanterre La Défense, 2012 : 85 p.

[11] Baron M., Lam Ndiaye E.-M. *Dépistage organisé du cancer du sein à Argenteuil (Val-d'Oise)*. Université Paris Ouest Nanterre La Défense, 2013 : 103 p.

[12] Shaiek M., Squiban C. *Les Disparités infra-urbaines de recours au dépistage organisé du cancer du sein à Sartrouville (Yvelines)*. Université Paris Ouest Nanterre La Défense, 2014 : 98 p.

[13] Vialard L., Assoumani D. *Participation au dépistage des cancers du sein à Goussainville. Diagnostic territorial*. Université Paris Ouest Nanterre La Défense, 2013 : 113 p.

[14] Rican S. Territoires et alimentation. In : Inserm dir. *Inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique. Synthèse, discussion et perspectives*. Paris : Inserm, 2014 : p. 407-435.